



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

Lycée Roosevelt
REIMS

9^{ème}



Périnatalité



Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé
Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine

vendredi 20 mai 2016

Programme

8h15 **Accueil**

8h45 **Ouverture de la journée Pr René Gabriel, Président RPCA**

Modérateurs I. Daligaut puéricultrice CHU REIMS, Dr JL. Schaefer pédiatre CH SAINT-DIZIER

8h50 Indicateurs en santé périnatale en région Grand-Est [p 3](#)
Réseau Naître en Alsace—RPCA—Réseau Périnatal Lorrain

9h20 Retour d'expérience du Comité d'Accompagnement en Périnatalité [p 4](#)
(COAP), Aube
PMI de l'Aube, CH de TROYES, EPSMA

9h55 Ressenti des soignants d'une maternité sur la mise en place d'un « protocole » [p 5](#)
de prise en charge palliative en salle de naissance
F. Millet sage-femme et S. Raulin Psychologue CH de CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE
Dr O. Noizet-Yverneau, PédiaCAP

Pause 10h25—10h55

Modérateurs J. Auer Pédopsychiatre CHU REIMS, C. Tholer sage-femme CHU REIMS

10h55 Accompagner le processus de sexualisation [p 6](#)
F. Galley-Raulin, Sage-femme sexologue psychologue clinicienne CH de VERDUN

11h30 — 12h30 **Assemblée Générale de l'association du RPCA**

Déjeuner sur place offert (sur inscription préalable) 12h30—13h40

Modérateurs J. Auer Pédopsychiatre CHU REIMS, C. Fèvre Sage-femme CH TROYES

13h40 Expérimentation des maisons de naissance ; le point de vue des usagers [p 7](#)
S. Schwartz Sage-Femme libérale (67), Présidente association Manala
G. Meunier, Membre usager de l'association CALM maison de naissance PARIS 12e

14h15 Ecouter la patiente en demande d'IVG [p 8](#)
Dr C. Pimmel, Gynécologue, CHU STRASBOURG, CME le Parc

15h00 Autisme, repérer, diagnostiquer, intervenir précocement [p 9](#)
Pr A.C. Rolland—Pédopsychiatre CHU REIMS

Pause 15h20—15h35

Modérateurs P.Fabre Sage-femme CH SEDAN, J. Thinnes anesthésiste CHU REIM

15h35 Hypnose appliquée à la grossesse et à l'accouchement [p 10](#)
V. Douillet et S. Peckel, sages-femmes
Maternité des cliniques universitaires SAINT-LUC, BRUXELLES

16h20 Traitements ambulatoires en obstétrique [p 11](#)
A. Mignot, Sage-femme libérale Romilly-sur-S.
S. Hubert, Sage-femme CH de TROYES
Pr R. Gabriel, Gynécologue Obstétricien CHU REIMS

16h45 La formation par simulation : Pour qui ? Comment ? Pourquoi ? [p 12](#)
Dr M. Pomédio—Groupe de travail « Simulation » RPCA

17h05 **Conclusion de la journée Dr Isabelle Arnault, Vice-Présidente RPCA**



La mise en œuvre de la Région Grand-est « Alsace Champagne-Ardenne Lorraine » a conduit les trois réseaux en Périnatalité à saisir l'opportunité de mener des travaux communs. Les indicateurs en santé périnatale ont été de l'avis de tous, le premier axe à développer. Ainsi, un groupe de travail rassemblant les trois réseaux s'est réuni pour définir les premiers indicateurs communs et commencer leur analyse.

Cette première analyse montre des territoires différents en termes de problématiques d'offres de soins en particulier.

Il a de plus réfléchi à développer des actions communes autour du PMSI en particulier : amélioration du codage par exemple concernant la mortalité grâce à l'appui du RPL, tableaux de bord établissements sur les futures données 2015.

La Grande Région est une opportunité à saisir pour dynamiser le travail effectué sur ces données en Champagne-Ardenne. Cette opportunité correspond de surcroît à un axe de travail défini pour 2016 et 2017 via le Contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens établi entre l'ARS (Champagne-Ardenne et le RPCA).

Ainsi, la coordination du RPCA monte un groupe de travail PMSI qui doit se réunir les 22 septembre et 3 novembre 2016 avec nous l'espérons la présence et le soutien de nos collègues lorrains et alsaciens.

L'objectif de ce groupe sera double :

- Améliorer et harmoniser les pratiques de codage en Champagne-Ardenne en lien avec les travaux communs avec les deux autres réseaux alsaciens et lorrains
- Constituer un comité d'expert en PMSI ciblé périnatalité sur lequel le RPCA pourra s'appuyer dans ses travaux.

Qu'est-ce que le COAP ?

Le Comité d'Accompagnement Périnatal (COAP) propose des rencontres aux professionnels hospitaliers, publics ou privés, libéraux et associatifs, intervenant dans les champs médicaux et sociaux :

- **au cours de la grossesse et dans les trois mois après la naissance,**
- **auprès des femmes enceintes, des parents et des enfants.**

C'est un lieu de ressources et d'échanges pour une mutualisation des expertises.

Cette instance, mise en place dans le cadre de la Charte passée entre le Département et les Hôpitaux Champagne Sud, propose l'organisation et la coordination des actions d'accompagnement périnatal sur le Département de l'Aube.

Objectifs

Les objectifs relèvent des missions du Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne pour l'accompagnement médico-psychosocial des enfants et leurs parents, par les professionnels concernés, dans le champ de la périnatalité.

- ⇒ Améliorer le repérage des situations de vulnérabilité.
- ⇒ Améliorer et organiser la coordination et le suivi des interventions multidisciplinaires.
- ⇒ Adapter l'accompagnement et la prévention au plus proche des besoins de la personne en tenant compte du contexte et de sa demande.

Les situations à présenter

Toutes situations périnatales concernant toute(s) personne(s) en situation de vulnérabilité physique, psychique ou sociale (femme enceinte, conjoint, enfant(s) et parents...) et domiciliée(s) dans le Département de l'Aube.

L'organisation

La participation des acteurs aux réunions du Comité d'accompagnement périnatal implique la lecture et l'acceptation de la charte et l'adhésion aux principes de fonctionnement.

Les rencontres seront un temps de partage d'informations indispensables, dans le respect du secret professionnel, du secret médical, des personnes et des règles déontologiques spécifiques à chaque professionnel impliqué.

Une feuille d'émargement valant acceptation du principe de confidentialité sera signée par les professionnels présents à chaque séance

Ressenti des soignants d'une maternité sur la mise en place d'un « protocole » de prise en charge palliative en salle de naissance

F.Millet sage-femme, S Raulin psychologue au CH de CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE,
Dr O. Noizet-Yverneau, PédiCAP

Introduction : Constat d'un sentiment d'insatisfaction d'une équipe de maternité autour de la prise en charge de nouveau-nés nés avant 24 SA ou non viables et de la nécessité d'appliquer la loi Léonetti pour ces nouveau-nés.

Objectif : Faire un état des lieux du ressenti des soignants de l'équipe de la maternité de Chalons en Champagne à l'occasion d'un projet de mise en place d'un protocole de prise en charge palliative en salle de naissance pour les enfants nés avant 24 SA ou non viables.

Méthode : Questionnaire papier anonyme auprès de toute l'équipe de la maternité.

Résultats et discussion :

- Soixante-neuf pour cent des soignants ont répondu au questionnaire.
- Malgré une méconnaissance du cadre légal de la prise en charge palliative, 100% des répondants pensent qu'elle est positive pour les nouveau-nés, les parents et les soignants.
- Les soignants attendent que chaque catégorie de soignants confrontés à cette situation ait une posture d'écoute, d'information, de soutien, en complément de leurs actions propres.
- L'émotion qui domine à l'évocation ces naissances prématurissimes est la tristesse. Mais il n'est pas attendu qu'elle diminue ou disparaisse après la mise en place du protocole. En revanche, il est attendu que la mise en place du protocole aide à diminuer chez les soignants les sentiments de solitude, d'impuissance et de stress. Ce protocole permettrait d'apporter un mieux-être aux soignants (83%) et aux parents (72%), et d'être en possibilité d'accompagnement.

Conclusion :

L'accompagnement palliatif de tout nouveau-né avant 24 SA ou non viable est une obligation légale et un devoir éthique. Proposer un cadre sécurisant, à la fois souple et conforme à la loi et à l'éthique, donne une légitimité, renforce l'acculturation aux soins palliatifs, et offre une présence bienveillante et réconfortante pour tous : nouveau-né, parents, soignants. Cela devait permettre de surmonter les résistances et d'éviter des actions inadaptées. **Une évaluation sera à faire à distance de la mise en place du protocole.**

Accompagner le processus de sexualisation

F. Galley-Raulin, Sage-femme sexologue psychologue clinicienne CH de VERDUN

Ce processus s'intègre dans le concept de « santé sexuelle ». Elle incarne une vision globale et intégrative de l'exercice de la sexualité humaine : corps-mental-émotion.

Il existe deux constantes du processus,

- La fonction excitatoire physiologique alimentée par des sources liées à la réponse médullaire par le jeu de tensions musculaires, par le toucher direct et la stimulation via l'intégration cérébrale.
- Le jeu : c'est la pierre angulaire du développement sexuel. Chaque jeu correspond à une étape du développement et s'intègre au fil du temps.

Naissance : Présence du réflexe d'excitation génitale

6-12 Mois : Période sensorimotrice

2-3 ans : Période psychomotrice. Développement de son sentiment d'appartenance à son sexe biologique

3-5 ans : Période d'exploration sexuelle. L'enfant s'approprie son sexe anatomique/ marqueur d'évolution vers le sentiment d'appartenance à son sexe.

5-6 ans : Période de socialisation/ symbolisation.

8 ans : Période des stratégies Négociation des règles du jeu/intégration des valeurs comme le respect. Mise en place des jeux de séduction. Apparition d'explorations sexuelles plus poussées

10-13 ans : période de pré-puberté et de puberté

13 ans et plus : Premières relations amoureuses

16-18 ans et plus : Entrée dans la sexualité adulte : premier rapport sexuel...

Alors :

- Différentes expériences, différents apprentissages : influence sur la santé sexuelle. Limites ou épanouissement
- Développement de la sexodynamique : Sexualité relationnelle (Désir sexuel, Plaisir sexuel Codes d'attraction Assertivité sexuelle Imaginaire Agressivité sexuelle Sentiment d'appartenance à son sexe)

L'accompagnement de la sexualité est l'affaire de tous : les parents, l'éducation nationale, les copains-copines, les professionnels de santé dont les sages-femmes...

La formation des professionnels, le développement de la sexualité érotique, la communication sur le sujet et auprès des pouvoirs publics sont indispensables.

Une lueur d'espoir : la création de centre de santé sexuelle.

Expérimentation des maisons de naissance : avec qui et comment ?

Le point de vue des usagers.

S. Schwartz Présidente Maison de naissance Manala,

Sage-femme libérale (67)

Garance MEUNIER (membre du CALM)

6 décembre 2013 : après de nombreuses années de recherche, d'études, d'enquêtes et de pourparlers, le concept *Maison de naissance* est enfin expérimenté en France.

Cette période test est encadrée par des textes législatifs et un cahier des charges très précis, rédigés sous l'égide du Ministère de la santé et de la Haute Autorité de Santé, pour lesquels la sécurité des mères et des nouveau-nés est la préoccupation majeure.

Le modèle, même s'il est proche des maisons de naissance à l'étranger, dont il s'inspire, reste imprégné de la culture médicale française. Les sages-femmes en sont les principaux acteurs, retrouvant au sein de ces structures dédiées à la physiologie de l'accouchement, leur pleine responsabilité de spécialiste de cette physiologie, et le cœur même de leur art.

Pour les couples et tous les parents qui attendaient ces structures depuis longtemps, c'est enfin le signe qu'il ont été entendus et que l'on ouvre enfin les portes à leur liberté de choix, celui de vivre la naissance de leur enfant, mais aussi la naissance à leur propre parentalité, dans un lieu qu'ils auront choisi, en toute conscience et en toute sérénité.

Ecouter la patiente en demande d'IVG

Dr C. PIMMEL, PH temps partiel centre hospitalier Colmar,
Attachée hôpitaux universitaires de Strasbourg

Lorsque nous recevons une patiente en demande d'IVG, nous ne sommes pas que 2 dans le bureau.

La patiente vient avec son vécu antérieur en particulier dans le domaine sexuel, obstétrical. Parfois avec certains événements de son enfance ou avec des traumatismes. Le géniteur de cette grossesse, qu'il soit partenaire d'un soir ou compagnon est également dans le bureau : présent ou absent

Le médecin ou la sage-femme sont entourés par une équipe : tous les acteurs du centre où a lieu la demande, et tous ceux qui participeront au déroulement de cette interruption de grossesse, si elle a lieu. Ils sont tous et toutes dans le bureau

Une patiente qui vient demander une IVG, fera ou ne fera pas cette IVG. Notre équipe l'accompagnera dans le déroulement de cet événement de sa vie pour poser sa décision, comprendre ce qui est réellement en jeu.

Lors de la prise de mifegyne et lors de l'hospitalisation plusieurs personnes interviendront de l'ASH à l'infirmière ou la sage-femme, l'interne ou le praticien plus confirmé.

Ils seront à l'écoute de la patiente mais il doit y avoir un lieu où ils peuvent être écoutés. Ce n'est pas évident d'intervenir dans ce domaine du soin. Cela demande un travail sur soi, un travail d'équipe.

Depuis 1999 existe en Alsace une émanation de la Commission Régionale de la Naissance comme instance de réflexion et de partage de pratiques appelé au début « Observatoire de l'IVG »

Actuellement il s'agit d'une commission du réseau « Naitre en Alsace »

Différents groupe de travail, veulent aider les différents acteurs à améliorer la prise en charge d'une patiente demandeuse d'IVG.

Bien que la symptomatologie de l'autisme soit connue depuis des décennies, trop peu d'enfants sont dépistés dans leurs premières années. Ce retard est lié à la méconnaissance des premiers signes caractéristiques de l'autisme. Pourtant il est d'autant plus possible d'agir sur l'autisme que cette affection est dépistée tôt et prise en charge précocement. Le premier niveau c'est le dépistage, la détection de signes précoces, repérables dans le développement et le comportement de l'enfant, caractérisant un « risque » ou une « suspicion » d'autisme. Ces signes apparaissent de manière flagrante généralement vers 18 mois, parfois avant. Si le repérage constitue une première étape indispensable à l'identification de l'autisme, le diagnostic constitue la deuxième étape permettant d'explorer la manière dont l'enfant en est affecté. Le diagnostic est considéré comme fiable à partir de 3 ans. Les troubles du Spectre Autistique (TSA) sont larges et hétérogènes, chaque enfant autiste est différent et présente un profil particulier. Le diagnostic établit ce profil particulier de l'enfant autiste, évalue son développement global, et participe à définir les modalités d'une prise en charge la plus précoce possible. Ce diagnostic est posé par une équipe pluridisciplinaire, et délivré par un médecin. Le diagnostic n'est pas un point final, il est le point de départ optimisant une intervention ciblée et adaptée aux besoins de l'enfant, apte à le faire progresser. Avec les parents, les professionnels de différentes structures (sanitaires et/ou médico-sociales et/ou libérales), en partenariat avec l'éducation nationale, co-construiront un accompagnement et une prise en charge individualisés, précoces et adaptés, à la fois sur les plans éducatifs, comportemental, et psychologique à l'enfant autiste. Cette prise en charge dite intégrative devrait augmenter significativement les possibilités relationnelles et les capacités d'interaction sociale, le degré d'autonomie, et les possibilités d'acquisition de langage et de moyens de communication non verbale des enfants atteints de cet handicap. Il n'existe pas pour le moment une méthode unique qui serait applicable chez tous.

Mots clefs : Autisme, TSA, repérage, diagnostic, prise en charge intégrative.

Depuis notre formation à l'Institut Emergences de Rennes en 2010, toujours passionnées, nous continuons à ancrer l'hypnose de façon quotidienne dans différents domaines de la maternité : en préparation prénatale, en salle de naissance, en suites de couches mais aussi dans le service d'hospitalisation des grossesses à risque.

Cette pratique est reconnue et encouragée par la direction de l'hôpital ; les équipes soignantes et médicales se forment, se structurent et la dispensent dans de nombreux services de l'institution.

Nous souhaitons présenter :

- un bref aperçu de l'hypnose en obstétrique : quoi, comment, pourquoi ?
- le cycle de préparation prénatale en hypnose que nous avons créé, son évolution, ses points forts et ses faiblesses. A ce jour, nous avons accompagné plus de 350 futures mamans, collecté des données sur les naissances et réalisé une évaluation ;
- l'accompagnement en salle de naissance pour la pose de péridurale ou de rachianesthésie pour les parturientes préparées ou non ;
- le débriefing des interventions en grossesse à risque et en suites de couches.

En partenariat avec des anesthésistes, nous formons également des soignants à la communication thérapeutique dans notre institution.

Pour illustrer notre travail, nous vous proposons quelques vidéos et un échange autour de nos pratiques.

Ojectifs :

- remettre la patiente au cœur des soins, lui rendre confiance dans le processus physiologique de la grossesse et de la naissance, lui permettre de retrouver un certain contrôle sur son corps ;
- valoriser le rôle du père afin de renforcer les liens du couple et ceux avec l'enfant ;
- partager nos expériences (support vidéo) ;
- présenter les résultats du suivi des 328 futures mamans préparées.

Les traitements en ambulatoire prennent de plus en plus d'importance en France. Il est de plus en plus question de limiter le taux et la durée des hospitalisations pour diverses raisons :

- Bien être psychologique de la patiente : confort et qualité de vie.
- Investissement de la patiente dans sa prise en charge : psychologie.
- Diminution du stress de l'équipe médicale qui pourrait engendrer moins d'intervention.
- Diminution de la charge de travail en hospitalier.
- Économie.

Mais la sécurité de la mère et du fœtus doivent être assurée ! Aussi se pose la question de ce que l'on peut faire en fonction des pathologies suivante :

- MAP.
- RPM.
- Cholestase Gravidaïque.
- Placenta Prævia.
- Diabète.
- HyperTension Artérielle.
- Infection Génitale Haute non compliquée.

La formation par simulation : Pour qui ? Comment ? Pourquoi ?

Dr M.Pomédio et Dr E. Tisserand, pédiatres CHU REIMS

Groupe de travail « Simulation » RPCA

La simulation est un mode d'apprentissage généralisé depuis des décennies dans les entreprises à hauts risques : aéronautique, industrie nucléaire, domaine militaire.

Dans le domaine de la santé, les conséquences des erreurs médicales humaines sont souvent irréparables.

S'inscrivant logiquement dans une démarche de qualité des soins et de sécurité, la simulation est logiquement un nouveau mode d'apprentissage positif de la théorie, rendant les apprenants acteurs de leurs formations.

Les motivations pour la simulation sont donc éthiques :

« Jamais la première fois sur le patient ! ».

Elle apporte aussi des bénéfices dans la gestion de la communication en équipe face aux situations de crise.

Une séance de simulation présente un objectif pédagogique clairement établi et adapté aux apprenants. Elle répond toujours à la même organisation structurelle avec 3 phases clairement établies :

- **Briefing,**
- **Déroulement du scénario**
- **Débriefing**

Le facilitateur doit être formé (certification selon HAS) pour réaliser au mieux l'encadrement de chaque atelier.

Depuis 2008, le Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne s'est équipé d'un mannequin néonatal haute-fidélité (HF) réaliste et propose à chaque salle de naissance de la zone sanitaire son utilisation (simulation in situ).

Ainsi, il permet d'améliorer la performance des gestes techniques et la cohésion / prise en charge en équipe du nouveau-né selon les recommandations internationale (ILCOR).